

Stand: 01.05.2025

Informationsblatt - Krankenhausbehandlungen

1. Krankenhausbehandlungen in zugelassenen Krankenhäusern (öffentliche Kliniken)

Beihilfefähig sind gemäß § 26 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) Aufwendungen für Behandlungen in zugelassenen Krankenhäusern nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für folgende Leistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) vergütet werden:

1. vorstationäre und nachstationäre Krankenhausbehandlungen,
2. allgemeine Krankenhausleistungen nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung,
3. berechenbare Leistungen der Belegärztinnen und Belegärzte im Zusammenhang mit vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlung sowie der allgemeinen Krankenhausleistung,
4. die aus medizinischen Gründen notwendige Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus, auch wenn die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses erfolgen muss,
5. Wahlleistungen* in Form
 - a) gesondert berechneter wahlärztlicher Leistungen,
 - b) einer gesondert berechneten Unterkunft im Sinne des § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes und des § 16 Satz 2 der Bundespflegesatzverordnung bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich, und
 - c) anderer im Zusammenhang mit Leistungen nach den Buchstaben a und b erbrachter ärztlicher Leistungen oder Leistungen für Arznei und Verbandmittel oder Medizinprodukte nach § 22 BBhV.

Die Aufwendungen von voll- und teilstationären Krankenhausbehandlungen unterliegen den selben Abrechnungsbestimmungen. Bei der Beihilfebeantragung ist mit der Krankenhausrechnung auch immer die Entlassungsanzeige einzureichen.

***Wahlleistungen** bei stationärer Krankenhausbehandlung sind gemäß § 62 Abs. 4 LBG BB nur für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert, beihilfefähig. Die Schwerbehinderung (ab GdB 50) muss zum Stichtag 01.01.1999 nachgewiesen sein.

2. Krankenhausbehandlungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern (Privatkliniken)

Aufwendungen für Behandlungen in Krankenhäusern, die die Voraussetzungen des § 107 Abs. 1 SGB V erfüllen (also alle Leistungen anbieten, die in einem Akutkrankenhaus erbracht werden müssen), aber nicht nach § 108 SGB V für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassen sind (Privatkliniken), sind nicht uneingeschränkt bis zu dem vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Betrag beihilfefähig. Die Höhe der beihilfefähigen Aufwendungen orientiert sich gemäß § 26a BBhV an den beihilfefähigen Aufwendungen in zugelassenen Krankenhäusern.

Für die Beihilfefähigkeit der Aufwendungen in einem nicht zugelassenen Krankenhaus gilt Folgendes:

1. Bei Indikationen, die in Krankenhäusern mit einer Zulassung nach § 108 SGB V mit Fallpauschalen nach dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet werden, sind die allgemeinen Krankenhausleistungen bis zu dem Betrag beihilfefähig, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges nach dem Krankenhausentgeltgesetz für die Hauptabteilung des Krankenhauses ergibt:
 - a) Die allgemeinen Krankenhausleistungen sind bis zu dem Betrag beihilfefähig, der sich bei Anwendung des Fallpauschalenkataloges des KHEntG unter Zugrundelegung des einheitlichen Basisfallwertes ergibt.
 - b) Für die ausgegliederten Pflegepersonalkosten ist ein pauschales Pflegeentgelt multipliziert mit der entsprechenden Bewertungsrelation aus dem Pflegeerlöskatalog für jeden Belegungstag beihilfefähig.
 - c) Sofern in der Rechnung Zusatzentgelte ausgewiesen sind, sind diese bis zur Höhe des Zusatzentgeltkatalogs nach KHEntG beihilfefähig.

Beispiel (2025)

<i>Gelenkerkrankung Kniegelenk</i>	<i>M25.76 (Angabe in der Rechnung)</i>
<i>DRG-Fallpauschale</i>	<i>I 08 G (Angabe in der Rechnung)</i>
<i>Aufenthalt</i>	<i>2 Tage (Angabe in der Rechnung)</i>
<i>Die Bewertungsrelation der Hauptabteilung beträgt</i>	<i>1,117</i>
<i>Dieser Wert wird mit dem derzeit geltenden Bundesbasisfallwert</i>	<i>4.394,22 Euro multipliziert.</i>
<i>Die allgemeinen Krankenhausleistungen liegen bei</i>	<i><u>4.908,34 Euro</u></i>
<i>Hinzu kommt der Betrag für Pflegepersonalkosten</i>	
<i>die Pflegeerlös-Bewertungsrelation je Belegungstag</i>	<i>0,8007</i>
<i>(250,00 Euro x 0,8007 = 200,18 Euro) tatsächliche Tage x 2</i>	<i><u>400,36 Euro</u></i>
<i>Beihilfefähiges Entgelt</i>	<i>5.308,70 Euro</i>
<i>Dazu kommt ggf. der Betrag für Zusatzentgelte.</i>	

2. Bei Indikationen, die in Krankenhäusern nach § 108 SGB V mit dem pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und in psychosomatische Einrichtungen abgerechnet werden (Privatkliniken für psychische und psychosomatische Erkrankungen), sind die Aufwendungen wie folgt beihilfefähig:
 - a) Das berechnete Entgelt des PEPP-Entgeltkatalogs ist bei Anwendung des pauschalen Basisentgeltwertes in Höhe von 300 Euro beihilfefähig. Die Rechnung der Klinik soll hierfür die PEPP aus Spalte 1 des PEPP-Entgeltkatalogs Anlage 1a und 2a enthalten (z. B. PA04A).
 - b) Zusatzentgelte sind bis zur Höhe nach Anlage 3 des PEPP-Entgeltkatalogs beihilfefähig. Die Rechnung der Klinik soll hierfür die ZP aus Spalte 3 des PEPP-Entgeltkataloges Zusatzentgelte-Katalogs Anlage 3 enthalten (z. B. ZP01.10)
 - c) Sofern in der Rechnung ergänzende Tagesentgelte ausgewiesen sind, sind diese bis zur Höhe nach Anlage 5 des PEPP-Entgeltkataloges beihilfefähig. Die Rechnung der Klinik soll hierfür die ET aus Spalte 3 des PEPP-Entgeltkatalogs - Katalog ergänzender Tagesentgelte Anlage 5 enthalten (z. B. ET 02.03).
3. Gesondert berechnete Walleistungen* für die Unterkunft sind bis zur Höhe von 1,2 Prozent der oberen Grenze des einheitlichen Basisfallwertkorridors, der nach § 10 Absatz 9 des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbart ist, täglich, beihilfefähig.

***Walleistungen** bei stationärer Krankenhausbehandlung sind gemäß § 62 Abs. 4 LBG BB nur für am 1. Januar 1999 vorhandene Schwerbehinderte, solange die Schwerbehinderung andauert, beihilfefähig. Die Schwerbehinderung (ab GdB 50) muss zum Stichtag 01.01.1999 nachgewiesen sein.

4. Wenn zur Notfallversorgung das nächstgelegene Krankenhaus aufgesucht werden musste, gelten die zuvor genannten beihilferechtlichen Obergrenzen nicht.
5. Die Kosten zur Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus sind beihilfefähig, sofern dies aus medizinischen Gründen notwendig ist, auch wenn die Unterbringung außerhalb des Krankenhauses erfolgen muss.

3. Kann ich vor Behandlung in einer Privatklinik Auskunft zu den Kosten erhalten?

Wenn Sie beabsichtigen, sich in einer Privatklinik behandeln zu lassen, empfehlen wir Ihnen vor der Behandlung eine Kostenaufstellung von der Klinik anzufordern, in der die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD10) bzw. der PEPP-Schlüssel und die Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) angegeben sind. Mit diesen Angaben kann durch die Festsetzungsstelle vor der Behandlung eine Übersicht zur Höhe der voraussichtlich beihilfefähigen Kosten gestellt werden.

4. Was ist bei Walleistungen zu beachten?

Walleistungen sind schriftlich mit dem Krankenhaus zu vereinbaren und bei der Beantragung der Beihilfe ist die Walleistungsvereinbarung zusammen mit der Rechnung einzureichen. (Nur beihilfefähig für am Stichtag 01.01.1999 im Land Brandenburg beihilfeberechtigte schwerbehinderte Personen.)

5. Fallen Eigenbehalte bei Krankenhausleistungen an?

Der Eigenbehalt beträgt bei vollstationärer Krankenhausbehandlung 10 Euro je Kalendertag, für höchstens 28 Tage im Kalenderjahr (§ 49 Absatz 2 Nummer 1 BBhV).

Folgende Krankenhausleistungen unterliegen keinem Eigenbehalt:

- Entbindungen
- teilstationäre Behandlungen
- vor- und nachstationäre Behandlungen
- ambulante Operationen im Krankenhaus

6. Ist eine Abtretung des Beihilfeanspruchs an das Krankenhaus möglich?

Auf Beihilfe besteht gemäß § 10 Absatz 1 BBhV ein Rechtsanspruch. Der Anspruch kann nicht abgetreten und grundsätzlich nicht verpfändet oder gepfändet werden.

Geben Sie daher bitte keine Abtretungserklärung im Krankenhaus ab. Werden dennoch Abtretungserklärungen vorgelegt, bleiben diese für die Beihilfestelle unbeachtlich.

7. Antragstellung

Reichen Sie Ihre Krankenhausrechnung bitte zeitnah mit einem Beihilfeantrag ein, die Bearbeitung erfolgt ab einem Gesamtbetrag der mit dem Antrag geltend gemachten Aufwendungen von 1.750,00 EUR bevorzugt.

Alternativ kann bei Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ein Antrag auf Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Beihilfestelle gestellt werden.

Dazu beachten Sie bitte das Informationsblatt über die Direktabrechnung zwischen Krankenhaus und Beihilfestelle und die Auflistung der Krankenhäuser, die der Rahmenvereinbarung über Direktabrechnung beigetreten sind.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Beihilfeteam